

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

116

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel PERGET

Né à Privas (Ardèche), le 24 février 1902
Interne de la Maison de Santé Départementale
de la Seine-Inférieure
Licencié ès sciences

Contribution à l'Étude
du
Traitement de l'Insomnie

Président : M. LOEPER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gabriel PERGET

Né à Privas (Ardèche), le 24 février 1902
Interne de la Maison de Santé Départementale
de la Seine-Inférieure
Licencié ès sciences

Contribution à l'Étude
du
Traitement de l'Insomnie

Président : M. LOEPER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BRANCA.
Professeur sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expériment¹⁰
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale,
 MOURÉ. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VÉLTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 TANON. . . . Pathologie médicale

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM,

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER. . Clinique obstétricale.
LEREBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI. . . . Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT,		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma tendre
affection et de ma profonde reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Médecin des Hôpitaux

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien agréer l'hom-
mage très respectueux de notre
grande reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. GASSIOT

Médecin-Chef

à l'Asile départemental de la Seine-Inférieure

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX ET DE PARIS

Contribution à l'Étude
du
Traitement de l'Insomnie

CHAPITRE PREMIER

L'INSOMNIE

L'insomnie ou agrypnie est la diminution ou la suppression du sommeil. Le sommeil est un acte naturel, essentiellement réparateur, indispensable à la vie de l'organisme tout entier et, en particulier, à la vie de la cellule nerveuse ; aussi l'on conçoit aisément que ses perturbations soient toujours le prélude ou l'indice de troubles plus ou moins graves de la santé.

Le sommeil est un besoin impérieux, dont l'homme, pas plus qu'aucun être vivant, y compris les végétaux, ne peuvent se dispenser. La nécessité d'un sommeil régulier, pour se maintenir en bonne santé, a été reconnue depuis longtemps par les esprits observateurs, comme nous le montre cet aphorisme de l'Ecole de Salerne :

Septem horas dormire sat est juvenique senique.

Dans les temps les plus reculés, les anciens avaient apprécié les bienfaits nécessaires du sommeil. Ils

l'appelaient bienfaisant, réparateur, ils cherchaient à le produire artificiellement, lorsqu'il manquait et le pavot était l'attribut de Morphée. Les héros d'Homère retrouvaient en dormant la force nécessaire aux nouveaux combats ; par les rêves, ils connaissaient les ordres des Dieux. Le sommeil avait donc pour eux des vertus matérielles et occultes.

De leur côté, les physiologistes ont de tous temps proclamé l'importance du sommeil. « Le besoin de sommeil, dit Bécлар, est, comme le besoin d'aliments, un besoin de conservation. » Les hygiénistes ne sont pas moins explicites : pour Michel Lévy, « l'influence bienfaisante du sommeil s'étend à toute l'économie, il la retrempe, il la régénère » ; pour Arnauld, la privation du sommeil ne serait-elle que partielle, qu'elle abrègerait l'existence.

On sait, d'autre part, combien la privation forcée de sommeil, devient un martyre. Les tortionnaires mettaient en usage ce supplice comme un des plus cruels : le condamné violemment empêché de fermer les yeux, dépérissait rapidement et mourait de cette affreuse torture. « Otez à l'homme le sommeil et l'espérance, a dit un philosophe (?), et il sera le plus malheureux des hommes. »

L'impossibilité de dormir, malgré la volonté qu'on en a, c'est-à-dire l'insomnie, n'est pas moins désastreuse pour la santé. L'insomnie, surtout prolongée, détermine un état habituel d'éréthisme pénible. La sensibilité est exaltée au physique et au moral. Le sujet est anxieux, impatient, agité ; il présente un

besoin incessant de mouvement et d'action, et cependant peu d'énergie ; il est particulièrement accessible aux influences morbigènes et prédisposé aux formes adynamiques des maladies.

Ce bilan des méfaits de l'insomnie, dressé de main de maître par le Professeur Mayet, est vrai, quelle que soit la forme présentée par le sujet : que le sommeil n'arrive qu'après une longue période d'excitation cérébrale, qu'au contraire le réveil survienne après un trop court sommeil, ou bien que le sommeil soit à chaque instant interrompu, les résultats sont sensiblement les mêmes.

Dans une thèse de Montpellier, soutenue en 1867 (*De l'insomnie, de ses causes et de son traitement*), Fouquet écrit : « L'insomnie est déprimante, elle affaiblit nos forces vitales, fatigue notre intelligence, nous fait reconnaître toute notre fragilité ; elle provoque une sorte d'éréthisme nerveux qui laisse à sa suite les maux de tête, les vertiges, l'épuisement, les névroses, la folie ; sa continuation entraîne l'insomnie opiniâtre, invincible et le malade tombe dans une obtusion des facultés, une hébétude physique et morale qui indique assez quelle atteinte l'insomnie porte à nos facultés mentales, et combien elle menace l'existence même... Elle peut être cause de mort, soit qu'en altérant la santé, elle détermine des affections fatales ; soit qu'elle ait, par la privation du sommeil, épuisé graduellement les ressources de la vie. » La clinique nous donne quotidiennement des preuves de ces vérités.

Le rôle capital que joue le repos dans la reconstitution de l'être, peut être démontré par l'observation du sommeil de l'enfant. Les premiers jours de la vie sont purement végétatifs ; l'état de somnolence n'est interrompu que par l'allaitement et quelques cris inarticulés. A mesure que l'enfant développe son corps et surtout son système nerveux, les heures de veille augmentent ; mais pendant fort longtemps persiste un besoin de repos prolongé, en rapport avec l'accroissement du corps. Ce sommeil est un état de calme complet que rien ne trouble, si ce n'est la douleur ; il est rarement coupé de rêves et ni le bruit, ni la lumière, ni la position ne l'interrompent.

Si le sommeil physiologique est indispensable à la conservation de la santé, sagement gradué quant à sa durée et à son intensité, selon les besoins immédiats de l'être, il ne l'est pas moins pour recouvrer l'équilibre physique compromis par une maladie ou par des excès. Quand le malade retrouve son sommeil normal, on peut dire qu'il commence à récupérer les forces perdues.

Si le sommeil acquiert une aussi grande importance, on conçoit combien le médecin doit s'attacher à combattre son abolition, l'insomnie. La solution de ce problème ne peut être résolue qu'en remontant, pour chaque cas particulier, à l'étiologie. La thérapeutique ne peut être, en effet, efficace que si elle combat l'élément causal. Les causes de l'insomnie sont très variables, et leur étude est seule

capable de guider dans l'application des moyens destinés à y remédier. Les traités classiques nous ont appris, en effet, que l'insomnie est un symptôme très fréquent que l'on trouve dans un grand nombre d'affections ; aussi, ses formes sont-elles très nombreuses et sous la dépendance de facteurs d'ordres très divers.

Notre but actuel n'est pas d'étudier les théories du sommeil et de l'insomnie, ni de chercher à en expliquer ou à en interpréter le mécanisme, d'ailleurs encore fort mal connu. Nous voulons nous borner à constater cliniquement les principales causes. Avec Martinet nous distinguerons :

1^o Les insomnies déterminées par la douleur : soit des algies quel qu'en soit le siège ; névralgies ou même par exemple les douleurs ostéocopes et les céphalées des syphilitiques.

2^o Les insomnies par hyperexcitabilité anormale du système nerveux sous la dépendance :

a) D'une altération organique du système nerveux ;

b) D'une surexcitation d'origine fonctionnelle ;

c) D'une intoxication ou d'une infection.

Dans le premier groupe, on trouve l'insomnie des méningites, des tumeurs cérébrales, de la paralysie générale. La céphalée est associée à l'insomnie.

Le deuxième groupe est celui des psychonévroses ; il est excessivement important.

Le troisième groupe comprend les infections et les intoxications. Les insomnies toxiques par excitation

directe des cellules cérébrales par le café, le thé, l'alcool. Les insomnies infectieuses peuvent être algiques, ou bien dues à l'action des toxines de la maladie causale ou, dans la convalescence, sous la dépendance de l'hyposthénie neurovasculaire.

3° Les insomnies par troubles de la circulation et de la respiration. Ce sont celles des cardiaques, des rénaux, des cardio-pulmonaires.

L'insomnie, symptôme banal, secondaire le plus souvent, passe au premier plan et doit être traitée comme maladie essentielle dans les psychonévroses.

Ce sont toutes les insomnies dites nerveuses dues au surmenage, par idée fixe subconsciente (Janet), des neurasthéniques, des hystériques, des anxieux ou encore l'insomnie simple ne s'accompagnant d'aucun autre phénomène physique ou psychique notable, le manque de sommeil pur et simple, le non sommeil de Trénel. En dehors de toute excitation extérieure, l'on reste éveillé et cet état peut durer des nuits. Le sommeil diminué dans sa quantité peut l'être encore dans sa qualité et ne procure pas au système nerveux le repos dont il a besoin.

Michelson a établi les courbes du sommeil normal et du sommeil chez les neurasthéniques. Dans le premier cas, il y a tout d'abord une ascension progressive jusqu'au deuxième quart de la deuxième heure, puis rapide dans le deuxième et le troisième quart où le sommeil atteint son acmé. Il y a ensuite une descente rapide jusqu'au deuxième quart de la

troisième heure et enfin une lente descente jusqu'à la deuxième demi-heure de la cinquième heure. A ce moment, il y a une lente et faible augmentation de l'intensité du sommeil ayant son maximum en une heure, puis une diminution progressive jusqu'au réveil. La deuxième courbe diffère par une augmentation et une diminution lentes et moins marquées au début et le sommeil reste plus profond jusqu'au réveil.

Ces études n'ont pas abouti à une explication plausible de l'insomnie et nous ne donnerons pas les différentes théories du sommeil. Pendant le sommeil, la fréquence du pouls et la tension artérielle sont diminuées; mais parfois l'insomnie paraît être provoquée par une chute trop forte ou au contraire insuffisante de cette pression sanguine, et il suffit alors de ramener la tension à un taux normal et en rapport avec la tension à l'état de veille pour voir le sommeil réapparaître. Pour Trénel, le réveil brusque des neurasthéniques, au milieu de la nuit, serait dû à une chute brusque de la pression sanguine à la fin de la digestion, quelle qu'en soit la cause.

L'insomnie habituelle peut, en dehors même de l'épuisement physique qu'elle produit, avoir une influence directe chez les névropathes sur le développement de l'agitation. On se trouve, chez certains de ces malades, en présence d'un cercle vicieux, où l'agitation entretient l'insomnie et l'insomnie exagère l'agitation. Dans les formes aiguës des

psychoses, elle est un des premiers symptômes qui apparaissent ; par contre, le retour du sommeil à la fin d'une manie ou d'une mélancolie ou d'un état confusionnel est d'un excellent augure et doit être considéré comme le thermomètre de la situation. Un malade qui dort est à moitié guéri (Martinet).

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE

Quelques *notions essentielles* doivent être toujours présentes à l'esprit dans la mise en œuvre de la médication hypnotique.

1° L'insomnie étant extrêmement fréquente et facilement récidivante chez les prédisposés, il n'est pas de symptôme qui conduise plus facilement à la toxicomanie. En fait, la toxicomanie hypnotique l'emporte, et de beaucoup, sur toutes les autres, chez les médecins en particulier ;

2° Il n'est pas d'hypnotique dont l'usage surtout prolongé soit exempt de nocivité. Tous agissent à la longue comme des dépresseurs du système nerveux, pouvant exercer sur les diverses fonctions organiques une action désastreuse ;

3° On ne devra donc se résoudre à l'emploi des hypnotiques médicamenteux qu'après avoir épuisé la gamme — elle est fort étendue et variée — des moyens sédatifs non médicamenteux. Une mère dont l'enfant pleure et ne veut pas dormir, le berce en lui chantant la « vieille chanson » ; lui donne, si son chant est inefficace, un grand bain tiède sédatif, recherche si quelque dent l'agace et lui fric-

tionne en ce cas la gencive avec un baume calmant. C'est quand tous ces moyens ont échoué qu'elle administre la potion de bromure qu'a toujours en réserve la précaution des mères, et c'est seulement enfin après échec de toutes ces tentatives que le médecin appelé prescrit l'hypnotique vrai. Nous devons toujours nous inspirer de cette pratique traditionnelle;

4° Toutefois, et en dernière analyse, l'insomnie est un symptôme toujours sérieux, parfois redoutable s'il est persistant. De deux maux il faut savoir choisir le moindre, et à tout prendre et en bien des cas, une nuit d'insomnie est parfois plus funeste qu'un centigramme de morphine, 1 gramme de chloral ou 0 gr. 50 de véronal. Le seul danger réel, en pareil cas, est l'accoutumance et la toxicomanie, contre lesquelles on ne saurait prendre assez de précaution (Martinet).

* * *

D'une façon générale, on peut schématiser comme suit le *traitement intégral de l'insomnie* :

1° **Traitement de la cause.** — Autant du moins que la chose est possible, c'est en le débarrassant de ses acares qu'on fera dormir un galeux ; c'est en rétablissant l'équilibre circulatoire qu'on fera dormir un hyposystolique ; c'est en supprimant le café qu'on rendra le sommeil à un caféinomane ; c'est en instituant un traitement spécifique qu'on guérira un agrypnique syphilitique ; on devra avoir recours

aux analgésiques dans l'insomnie subordonnée à une névralgie, etc., etc. On ne devra pas oublier non plus les insomnies dues à des infections entraînant des insuffisances hépatiques ou rénales, qui nécessitent un traitement étiologique sérieux ;

2° Traitement hygiénique et la prudence dans l'administration des hypnotiques.

a) *Diététique.* — Supprimer les excitants : thé, café, liqueurs, alcool, etc., chez les excités.

Réduire le repas du soir, en écarter plus particulièrement les excitants, les aliments d'origine animale.

A noter, toutefois, quelques cas plus rares d'insomnie par insuffisance des repas du soir.

Combattre la dyspepsie et l'aérophagie, si elles existent.

b) *Physique.* — Régler les exercices d'une façon rationnelle. Tel dormira sous l'influence d'une promenade régulière, après le repas du soir ; tel par suppression d'un sport épuisant. C'est souvent dans l'analyse minutieuse de l'emploi du temps du sujet, péchant par excès (entraînements ridicules) ou défaut (sédentarité anormale), qu'on trouvera la cause et le remède de maintes insomnies rebelles.

Chez tous les sujets, l'ordonnance d'une *gymnastique méthodique* générale et respiratoire doit faire partie intégrante de la prescription hygiénique, ainsi que quelques pratiques d'*hydrothérapie sédative* adéquates au sujet, au climat, aux saisons, aux conditions matérielles d'habitat.

La chambre bien aérée doit jauger au minimum 20 mètres cubes ; la température s'y tenir voisine de 15° ; elle doit être bien protégée de la lumière et des bruits du dehors.

Le lit a son importance. L'usage des lits de plume est à interdire. Sommier à ressorts recouvert d'une toile bien tendue, bon matelas pas trop mou, couverture de laine pas trop lourde sont à recommander.

La position du corps a également une grande influence sur la qualité du sommeil. *D'une façon générale, il faut éviter le décubitus dorsal, parce qu'il prédispose aux cauchemars, aux rêves anxieux, aux congestions des organes génitaux. Le décubitus latéral, avec légère incurvation, est préférable.* Pour ce qui concerne la position à donner à la tête, aux sujets anémiques, nerveux, on conseillera de se coucher de telle sorte que la tête soit basse et les membres inférieurs relativement élevés. Au contraire, les cardiaques devront avoir la tête élevée.

L'orientation même du lit a été étudiée, et a provoqué, peut-être à tort, bien des plaisanteries. Nous ne possédons personnellement aucune notion précise à ce sujet. En revanche, nous pouvons citer l'observation suivante, due à Martinet. Une dame de tempérament algique, hyperesthésique, prend possession, à l'automne, d'une grande chambre à coucher très confortable. L'insomnie s'établit, invincible. La patiente se plaint de ressentir, aussitôt couchée, des douleurs de têtes violentes subordonnées pour elle

au froid que dégage le mur auquel la tête du lit est adossée. Cette sensation est tenue par l'entourage pour imaginaire. Toutefois, l'insomnie persistant et sur l'insistance du sujet, le lit est déplacé, la patiente retrouve son sommeil et la céphalée disparaît. L'observation plus attentive des parois révéla que le premier mur, d'ailleurs fort épais, mais mur extérieur de la maison, agissait en effet comme un radiateur de froid, la température de la couche d'air à son niveau étant de plusieurs degrés inférieure à celle de la chambre et plus particulièrement à celle du second mur, intérieur et bien protégé.

c) *Psychique*. — Ecarter, autant que faire se pourra, les préoccupations, les gros ennuis, les émotions, le surmenage.

Mais l'idéal serait de « tremper » les âmes, d'inculquer une philosophie, permettant précisément de supporter sans déséquilibre, avec une relative sérénité, préoccupations, ennuis, émotions. Beau programme dont chacun pourrait faire son profit.

3^e **Traitement physique proprement dit.**

— Les formes plus rebelles d'insomnie nécessiteront des interventions physiothérapiques plus précises :

Hydrothérapie : tubs tièdes, douche en pluie.

Balnéothérapie : bains tièdes (32°-36°), prolongés quinze à vingt minutes, le soir avant le dîner, ou avant le coucher, deux heures au moins après le repas du soir.

Bains de jambe (jusqu'au mollet, pris dans un seau), chauds (38-40°), dix minutes, au moment de se coucher.

Kinésithérapie : massages, gymnastique méthodiquement réglée, coupée de repos suffisants.

Electricité statique : d'Arsonvalisation (?).

Climatothérapie : campagne bien abritée, en région de forêts (Touraine). Climat girondin : Pau (climat bromuré). Climat semi-montagneux, type : Jura, Ain.

Etudier avec soin tempérament et réaction, et leur adéquation probable à tel ou tel climat.

4° **Traitement psychique proprement dit.**

— L'insomnie est souvent, surtout chez les agrypniques habituels, une sorte de phobie de l'insomnie, à laquelle ne conviennent ni la suggestion à l'état de veille, ni les tentatives d'hypnose, car il se produit une contre-suggestion active contre l'acte de s'endormir. C'est au moment de se mettre au lit que la phobie de l'insomnie reprend le malade, accompagnée parfois de symptômes nerveux singuliers. Cette phobie est très difficile à vaincre. Il faut essayer de la persuasion, de la douceur, du « bercement », démontrer qu'après tout l'insomnie n'est pas chose grave, que le sommeil vient toujours à son heure, conseiller des lectures distrayantes, des pratiques hydrothérapiques, des applications de compresses sédatives auxquelles on attribuera des propriétés hypnogènes, etc., etc. Le dernier procédé

consiste, avec la complicité du pharmacien et de l'entourage, à employer des hypnotiques à doses dégressives.

Il est classique et d'ailleurs presque instinctif, en cas d'insomnie par idée obsédante, de chercher à chasser cette idée par distraction mentale : compter mentalement, répéter la table de multiplication, réciter une fable, une prière, fixer par la pensée une forme, une tache colorée purement imaginaire, etc.

Si le sommeil tarde à venir, on cherchera à dérouter l'esprit en intercalant une pensée nouvelle dans celle qui surgit, de façon à provoquer une sorte de confusion mentale, qui supprime la conscience du monde extérieur, et qui conduise insensiblement d'un état de rêve au sommeil. On arrive quelquefois au même résultat, en récitant des rimes dépourvues de sens et apprises par cœur, ou en faisant une lecture ennuyeuse. Kant a conseillé, dans le même but, de fixer son attention sur un objet indifférent, et de détourner ainsi l'esprit de l'idée qui entretient l'insomnie.

Une troisième modalité psychothérapique, la plus élevée qui soit, consiste à « bercer » la douleur, cause de l'insomnie, et à entraîner l'âme à supporter sans défaillance les épreuves inévitables.

5° Traitement médicamenteux. — Tous ces moyens épuisés sans succès, il faut faire donner la « garde » des hypnotiques.

On peut *grosso modo* établir la gamme suivante :

Sédatifs : fleur d'oranger, valériane, bromure, sédobrol.

Hypnotiques proprement dits : chloral, allonal, somnifène et tous les barbituriques.

Hypnotiques analgésiques : opium et ses dérivés, surtout pantopon.

L'emploi rationnel de tel ou tel hypnotique est subordonné à une connaissance relative du *mécanisme physio-pathologique de l'insomnie*, et il nous paraît intéressant de rappeler, à titre d'exemple, les indications respectives du chloral et de la morphine.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU CHLORAL ET DE LA MORPHINE COMME SOMNIFÈRES. — Le chloral et la morphine sont des hypnotiques très employés, et à juste titre. Il ne faudrait pas croire, toutefois, qu'ils sont interchangeables. Si on peut quelquefois les associer avec avantage, le plus souvent, en revanche, ils répondent à des indications très différentes et ne doivent être prescrits qu'à bon escient (Martinet).

Le *chloral* et la *morphine* sont des hypnotiques et, semble-t-il, des *hypnotiques directs*, c'est-à-dire provoquant le sommeil par action élective, directe, sur la cellule nerveuse. C'est là, à peu près, leur seule propriété commune. En effet :

1° *L'opium et son dérivé, la morphine, sont, à doses modérées, et Sydenham l'avait déjà bien vu, des toni-cardiaques* ; sous leur influence, les battements du cœur deviennent plus amples et plus puis-

sants ; la tension artérielle s'élève ; les circulations viscérales sont plus actives.

Le chloral, au contraire, est un dépresseur cardio-vasculaire ; sous son influence, les battements du cœur deviennent plus faibles et plus lents, la tension artérielle s'abaisse, les circulations viscérales sont ralenties.

2° Dans un premier stade, tout au moins, l'opium et la morphine provoquent des phénomènes d'excitation cérébrale (mise précisément à profit par les morphinomanes), vraisemblablement par hyperémie cérébro-méningée et action nerveuse directe. Le sommeil provoqué s'accompagne souvent de rêves ; il revêt parfois le caractère du sommeil vigile.

Le sommeil chloralique n'est, au contraire, précédé d'aucune période d'excitation ; il est, de tous points, comparable au sommeil normal, comme caractère et comme durée ;

3° La morphine est, enfin, un analgésique de premier ordre ; c'est le médicament-type de la douleur.

Le chloral n'est, au contraire, ni analgésique, ni anesthésique ; les douleurs empêchent le sommeil chloralique de se produire, les bruits violents réveillent le malade.

Telles sont les caractéristiques différentielles les plus spécifiques du chloral et de la morphine. Indications et contre-indications respectives en découlent logiquement.

La morphine toni-cardiaque et vasculaire, stimulant au moins temporaire des fonctions cérébrales,

analgésique de premier ordre, sera spécialement indiquée dans les insomnies subordonnées ou associées à une hyposthénie neuro-vasculaire ou à une affection douloureuse.

A ce titre, elle trouvera son emploi dans les *insomnies douloureuses* en général sous la dépendance de névralgies ou de viscéralgies, dans le tabès, dans le cancer, etc. Toutefois, dans ces cas, afin d'éviter ou de retarder le plus possible le risque de la morphinomanie, il sera bon de n'y recourir qu'après avoir épuisé la gamme des analgésiques purs, tels que la diméthyl-amido-antipyrine, par exemple.

Dans les *insomnies des anémiques et des asthéniques* (inanitiés, convalescents, typhiques pneumoniques, etc.), des *hyposystoliques*, des *hypotendus*, la morphine, associée ou non à des toni-cardiaques, sera encore l'hypnotique de choix.

Dans ces cas, le chloral, au contraire, se montre inefficace et sera le plus souvent nocif.

En revanche, dans les *insomnies dites nerveuses*, sous la dépendance du surmenage, de l'hyperidéation, des préoccupations, de l'excitation mentale, de la manie, de l'alcoolisme, de la congestion méningée, de l'hypertension artérielle, la morphine non seulement sera inefficace, mais souvent dangereuse. Le chloral, au contraire, sera l'hypnotique de choix.

Il existe, enfin, maintes espèces cliniques hybrides.

des, maintes insomnies mixtes, qui légitiment plus ou moins l'association des deux drogues.

Telles sont, par exemple, les insomnies des anémiques surmenés, les insomnies douloureuses des hypertendus (névralgies chez un scléreux), etc. Dans ce cas, l'association chloral-morphine ne réalise peut-être pas la solution pharmacodynamique idéale, mais c'est une solution logique.

Si l'on voulait résumer en une phrase concise les notions précédentes, on pourrait dire :

La morphine est indiquée dans les insomnies associées à l'hyposthénie neuro-vasculaire ou à la douleur ; le chloral, dans les insomnies liées à l'hypersthénie neuro-vasculaire sans algies.

Tous les hypnotiques ont leurs inconvénients, qui ne sont pas d'ailleurs identiques. Un seul point leur est commun : la facilité avec laquelle un agrypnique devient leur esclave. Les points les plus essentiels à retenir sont les suivants :

Le *chloral* est un dépresseur neuro-vasculaire, contre-indiqué dans les états hypotensifs avec tendance à la cyanose.

L'*opium* et ses dérivés sont des congestionnants, toni-cardiaques, contre-indiqués dans les états hypertensifs avec congestion encéphalique et excitation.

Le *somnifène* et les barbituriques sont en général bien tolérés et somme toute recommandables.

Les *dérivés sulfonés*, très toxiques au point de vue sanguin (hématoporphyrinurie) sont absolument

contre-indiqués dans tous les états d'altération sanguine (anémies, hyposphyxies, asphyxies) et les maladies des reins ; au surplus, on tend de plus en plus à les abandonner.

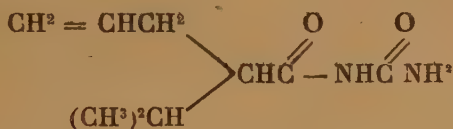
CHAPITRE III

LES URÉIDES

En somme — parmi les hypnotiques — le groupe le plus riche en composés intéressants est le groupe des uréides qui peut se diviser en :

- 1° Éthers de l'acide carbamique ;
- 2° Dérivés de l'acide barbiturique ;
- 3° Sels organiques de l'urée.

Dans ce troisième groupe, rentre l'allylisopropylacéturéide, qui est un uréide proprement dit, et qui a pour formule :



Ce n'est donc ni un uréthane (éther-sel de l'acide carbamique), ni une malonylurée (acide barbiturique), mais un uréide, c'est-à-dire de l'urée dans laquelle un des hydrogènes du groupe aminé est substitué par le radical allylisopropylacétique.

L'allylisopropylacéturéide, dont le poids moléculaire = 184, se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, fondant à 194 degrés, peu soluble dans l'eau et très peu toxique. Il est employé

comme hypnotique doux et sédatif, à la dose moyenne de 0 gr. 20 à 0 gr. 40, mais on peut, si cela est nécessaire, dépasser très largement ces quantités.

Différentes expériences ont été faites sur la toxicité de l'allylisopropylacéturéide ; nous les notons ci-après :

Expériences
sur la toxicité de l'allylisopropylacéturéide.
(Calculée par kilogramme d'animal).

Chien : 0,05 gr. effet sédatif et hypnotique doux.

0,1-0,15 sommeil, les chiens sont encore faciles à réveiller.

0,2 sommeil de quatre à cinq heures.

0,3 sommeil de vingt-quatre heures.

0,4 dose mortelle.

Grenouille : 0,4 narcose.

0,6 sommeil pendant vingt-quatre heures.

1 sommeil pendant plus de vingt-quatre heures.

Souris : 0,25 titubation.

0,5 sommeil profond pendant trois à vingt-quatre heures.

0,66 mort après vingt-quatre heures de sommeil.

Lapin : 0,2 ataxie.

0,25 somnolence de courte durée.

0,4 sommeil pendant huit heures.

1 sommeil profond pendant huit heures.

1,25 dose toxique.

* * *

Il n'est guère possible de comparer l'effet hypnotique et l'effet toxique de l'allylisopropylacéturéide et de l'hydrate de chloral, car ces deux produits n'ont absolument rien de semblable.

Mais par le tableau ci-dessus on constate que la dose mortelle de l'allylisopropylacéturéide est très éloignée de la dose hypnotique. Chez le chien, par exemple, elle est 8 fois plus grande.

Il ressort des expérimentations physiologiques que l'allylisopropylacéturéide est surtout un sédatif, agissant lentement, sans action sur le système vasomoteur : c'est en quelque sorte un médicament ayant plus d'activité que la valériane, que le bromure, que le sédobrol, mais moins que les barbituriques : il est indiqué surtout chez les névropathes.

* * *

Pour démontrer la présence de l'allylisopropylacéturéide dans les urines, il n'y a pas d'autres moyens que d'extraire le produit de l'urine légèrement acidifiée par l'éther. Recristallisant l'extrait éthéré, on arrive à un produit pur que l'on peut identifier par le point de fusion de 194-194,5 degrés. Après avoir ajouté à 1 litre d'urine 0,4 gr. d'allylisopropylacéturéide, on a pu en isoler et identifier de cette façon 80 %, c'est-à-dire 0,3 gr. Dans l'or-

ganisme cependant, le produit semble être complètement brûlé ou décomposé, car les différents efforts pour isoler le produit de l'urine après administration buccale ont échoué jusqu'ici.

Nous avons été amenés, séduits par les qualités de cet hypnotique doux, à l'expérimenter systématiquement chez un grand nombre de malades, avec l'autorisation de notre Maître, le Dr Gassiot, à l'Asile Saint-Yon.

Nous donnons ci-après le résultat de nos observations.

Nous avons utilisé l'allylisopropylacéturéide sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 10. Les doses moyennes employées ont été de 4 à 6 comprimés par jour, soit 40 à 60 centigrammes d'allylisopropylacéturéide.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle Marie..., 46 ans, est internée à l'Asile d'Aliénés de Saint-Yon depuis le 20 novembre 1918, pour une psychose périodique à forme d'excitation maniaque.

Depuis le 5 octobre 1927 la malade est dans une phase d'excitation, caractérisée par de l'exubérance de l'humeur, de la mobilité dans l'attention, de la fuite dans les idées, des troubles de caractère divers et de l'insomnie.

Pendant le mois de janvier 1928 on donne chaque soir à la malade 4 comprimés d'allylisopropylacéturéide. La durée du sommeil est portée de deux heures à six heures. On constate, en outre, une diminution de l'euphorie et de l'irritabilité.

Les urines sont normales. Il n'y a aucun trouble digestif.

OBSERVATION II

Mlle Héloïse..., 41 ans, entre à l'Asile Saint-Yon le 22 janvier 1927 pour des idées de persécutions secondaires à un état anxieux, correspondant au type de Ségla et Ceillier.

La malade présente actuellement des idées délirantes mélancoliques, caractérisées par de l'auto-accusation, par

une crainte de châtimens terribles pour ses proches parents, par une anxiété continue et par de l'insomnie complète.

On donne chaque soir à la malade 4 comprimés d'allyl-isopropylacéturéide pendant le mois de décembre 1927 et le mois de janvier 1928.

On constate que la malade dort la nuit pendant trois à quatre heures; elle est moins anxieuse.

OBSERVATION III

Mme B..., 46 ans, internée à l'Asile Saint-Yon le 25 août 1915 pour un délire de persécution à base d'hallucinations, présente actuellement une dissociation des facultés intellectuelles.

Elle est souvent agitée, crie, rit, pleure, dort mal la nuit.

On lui donne 4 comprimés par jour pendant le mois de janvier. La malade dort un peu mieux, mais est toujours agitée.

OBSERVATION IV

Mme N..., âgée de 34 ans, entre à l'Asile Saint-Yon pour la deuxième fois le 13 mai 1927.

Elle est atteinte de légère excitation maniaque caractérisée par de l'agitation modérée et par des bavardages. En outre elle présente de nombreux troubles sensoriels sous forme d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, prédominant la nuit et créant de l'insomnie.

On donne chaque soir 6 comprimés à la malade pendant un mois, mais le sommeil est toujours très troublé.

OBSERVATION V

Mme C..., âgée de 50 ans, internée depuis le 6 février 1908 à l'Asile Saint-Yon pour des idées de persécution présente actuellement une désagrégation des facultés intellectuelles, une grosse agitation motrice et de l'insomnie. La malade crie la nuit, déchire les draps, malgré l'absorption, chaque soir, de 4 grammes de chloral.

On supprime celui-ci pendant un mois et on lui donne chaque soir 6 comprimés d'allylisopropylacéturéide. On ne note aucune amélioration de l'état d'agitation de la malade.

OBSERVATION VI

Mme Christine B..., âgée de 38 ans, est internée à l'Asile Saint-Yon depuis le 4 septembre 1923.

Elle est atteinte actuellement de manie aiguë caractérisée par une grosse agitation motrice : la malade a des réactions violentes, fait des gestes désordonnés, pousse des cris, chante.

Elle dort la nuit pendant quatre heures après absorption de 4 grammes de chloral. On supprime celui-ci pendant le mois de décembre 1927, et donne chaque soir durant ce mois, 6 comprimés d'allylisopropylacéturéide à la malade. Le sommeil est plus léger qu'auparavant. L'agitation n'est pas diminuée.

OBSERVATION VII

Mme Rosa..., âgée de 43 ans, est internée à l'Asile Saint-Yon depuis le 4 janvier 1916.

Actuellement elle est atteinte de démence précoce avec

désagrégation des facultés mentales. La malade est agitée : elle crie, chante, gesticule, dort mal.

Pendant le mois de décembre 1927 et le mois de janvier 1928, on lui donne chaque soir 4 comprimés d'allylisopropylacéturéide. La malade dort mieux, est moins agitée ; l'amélioration est sensible.

On ne note aucun trouble digestif.

OBSERVATION VIII

Mlle Marie Augustine..., âgée de 35 ans, est internée depuis le 10 mai 1926.

Elle est atteinte de psychose périodique consistant actuellement en un accès hypomaniaque caractérisé par de la sub-agitation, des bavardages inconsidérés, une grande mobilité de l'humeur, une légère insomnie.

On donne chaque soir à la malade 6 comprimés d'allylisopropylacéturéide, pendant le mois de janvier 1928.

On note un sommeil meilleur, une légère diminution de l'excitation cérébrale et de l'agitation.

Pas de troubles digestifs.

OBSERVATION IX

Mme H..., 44 ans, est internée depuis le 16 mars 1927. Elle est atteinte de paralysie générale progressive avec euphorie, idées délirantes de richesse et projets ambitieux, extravagants. Elle présente en outre de la surexcitation intellectuelle ; elle est agitée.

On donne à la malade 6 comprimés par jour pendant un mois : le sommeil paraît moins léger, mais la malade est toujours très excitée, turbulente.

OBSERVATION X

Mlle Yvonne..., 32 ans, entre à l'Asile Saint-Yon, le 4 juillet 1927. Elle est sujette à des alternatives de dépression et d'agitation ; elle manque d'initiative, de sens pratique, est inapte à se diriger, à se suffire. Elle a un caractère instable, irritable ; elle dort très mal.

On lui donne 4 comprimés chaque soir pendant huit jours. On note un sommeil meilleur et une amélioration de l'humeur.

OBSERVATION XI

Mlle M..., âgée de 46 ans, est internée le 22 septembre 1916 pour un délire de persécution à base hallucinatoire.

Actuellement elle présente une dissociation des facultés mentales avec des accès d'agitation, durant lesquels elle crie, gesticule et menace. Elle tient, même la nuit, des propos dysharmoniques, paradoxaux.

Pendant le mois de décembre 1927, on lui donne chaque soir 4 comprimés d'allylisopropylacéturéide.

La malade bavarde beaucoup moins la nuit, mais est toujours agitée dans la journée.

OBSERVATION XII

Mme D..., âgée de 42 ans, entre à l'Asile le 24 juillet 1923.

Elle est atteinte d'un état psychopathique chronique mixte à forme maniaque prévalente. Elle a des bouffées très fréquentes d'agitation incohérente et bruyante, des réactions violentes, de l'insomnie.

On lui donne chaque soir 6 comprimés, du 1^{er} décembre 1927 au 1^{er} février 1928. Le sommeil est amélioré ; les crises d'agitation sont toujours fréquentes.

OBSERVATION XIII

Mlle Louise..., âgée de 50 ans, est internée le 5 février 1915 pour un délire de persécution à base d'hallucinations auditives.

Son état mental est actuellement amélioré. La malade présente encore de l'exubérance de l'humeur, de l'instabilité du caractère, de l'insomnie.

Elle prend chaque jour depuis un mois 4 comprimés. Le sommeil est encore très léger, le caractère est peu modifié.

OBSERVATION XIV

Mlle Georgette..., âgée de 40 ans, est internée le 14 juillet 1926.

Elle est atteinte de délire hallucinatoire avec idées mystiques et de persécution ; elle se montre d'une émotivité extrême et ne dort pas la nuit.

Nous avons donné pendant le mois de janvier 1928, successivement 2, 4, 6 comprimés par jour à la malade, sans constater une amélioration sensible de son état.

OBSERVATION XV

Mme L..., âgée de 36 ans, est internée depuis le 10 juin 1927.

Elle est atteinte de délire mélancolique avec douleur mo-

rale, inquiétude anxieuse, plaintes monotones, insomnie.

Nous lui avons donné pendant les mois de novembre et décembre 1927, chaque soir 4 comprimés, et nous avons noté une diminution sensible de l'anxiété, une amélioration du sommeil, une reprise du poids de la malade.

OBSERVATION XVI

Mlle R..., âgée de 29 ans, présente à l'entrée le 14 mai 1924 de la faiblesse intellectuelle, avec des idées de persécution mal systématisées.

Actuellement, elle est atteinte d'un accès d'agitation avec cris, colères, gesticulations.

Nous lui donnons 6 comprimés chaque soir pendant le mois de janvier 1928 ; nous constatons que la malade est moins irritable et qu'elle dort mieux.

OBSERVATION XVII

Mlle Claire..., âgée de 30 ans, entre à l'Asile le 15 avril 1927.

Elle est atteinte de déséquilibre psychique, caractérisée par des préoccupations hypocondriaques avec dépression mentale par intervalle.

On lui donne 4 comprimés par jour du 1^{er} décembre 1927 au 1^{er} février 1928. La malade dort mieux, mais est toujours très préoccupée.

OBSERVATION XVIII

Mlle Cécile..., âgée de 42 ans, est internée à l'Asile Saint-Yon le 5 février 1926.

Elle est atteinte de délire mélancolique avec idées de culpabilité, de damnation et d'indignité.

On donne chaque jour 4 comprimés à la malade pendant le mois de décembre 1927. On constate que le sommeil est moins léger ; les idées délirantes sont toujours accentuées.

OBSERVATION XIX

Mme F..., âgée de 35 ans, entre à l'Asile le 14 septembre 1927.

Elle présente des alternatives de dépression et de légère excitation. Elle est irritable, réticente, d'humeur instable ; elle ne dort pas.

On lui donne 6 comprimés chaque soir du 1^{er} janvier 1928 au 2 février 1928, et on constate dès la première nuit une grosse amélioration du sommeil, et au bout de huit jours une diminution de l'excitation.

Nous ne remarquons aucun trouble digestif.

OBSERVATION XX

Mme G..., âgée de 45 ans, est internée depuis le 30 septembre 1901.

Elle est atteinte d'un délire de persécution à base hallucinatoire et interprétative. Elle a une grosse agitation caractérisée par des gesticulations désordonnées, des réactions violentes, des cris déchirants, de l'insomnie.

Nous lui donnons chaque jour 8 comprimés (4 le matin, 4 le soir) pendant deux mois ; nous ne constatons aucune modification de son état d'agitation diurne et nocturne.

Nous lui donnons ensuite 4 grammes de chloral par jour ; la malade a toujours de l'insomnie.

OBSERVATION XXI

Mlle Georgette..., âgée de 30 ans, est internée depuis le 1^{er} décembre 1922.

Elle est atteinte de psychose périodique et présente depuis le 1^{er} novembre 1927 un état de confusion ; elle a l'air égaré, ne parle pas, mais éprouve le besoin de se mouvoir, surtout la nuit.

On lui donne 6 comprimés par jour pendant le mois de janvier 1928.

Nous voyons disparaître un léger érythème généralisé, qui était probablement dû à l'absorption quotidienne de 5 grammes de chloral.

Nous ne notons pas de modification de son état d'agitation nocturne.

OBSERVATION XXII

Mme P..., âgée de 71 ans, est internée le 19 juin 1926.

Elle est atteinte de manie caractérisée par de la subagitation, de la surexcitation intellectuelle, des bavardages, des chants, des danses, de l'euphorie, de l'insomnie.

Nous lui donnons 4 comprimés par jour pendant deux mois, et nous constatons une diminution nette de l'excita-

tion, un abaissement du ton de l'humeur, un sommeil bien meilleur.

OBSERVATION XXIII

Mme L..., âgée de 62 ans, est internée depuis le 9 janvier 1912.

Elle est atteinte d'excitation maniaque avec idées délirantes de persécution, désordre des idées et des actes. Elle a de l'insomnie.

Nous lui donnons 6 comprimés par jour pendant le mois de janvier 1928, et nous observons une amélioration sensible du sommeil.

OBSERVATION XXIV

Mlle L..., âgée de 29 ans, entre à l'Asile le 6 octobre 1923.

Elle est atteinte de manie caractérisée par de l'agitation motrice, de l'excitation intellectuelle, des chants, des danses, de l'euphorie, de l'insomnie.

On lui donne d'abord 4 comprimés, puis 6 comprimés par jour pendant un mois ; la malade dort mieux, est moins excitée, moins euphorique.

OBSERVATION XXV

Mlle N..., âgée de 43 ans, est internée depuis le 8 avril 1914.

Elle est atteinte de psychose périodique à forme d'excitation maniaque avec désordre des idées et des actes, mobilité de l'humeur, loquacité, insomnie.

Nous lui donnons pendant le mois de décembre 1927 et le mois de janvier 1928, 6 comprimés par jour (3 le matin, 3 le soir).

La malade dort la nuit pendant six heures. Elle est moins loquace, de caractère plus égal.

COMMENTAIRES

Quelles sont les qualités que doit avoir un bon hypnotique doux ?

Etre facilement absorbable.

Bien toléré.

Agir doucement et progressivement.

N'être pas toxique, ou du moins présenter une maniabilité très grande.

L'allylisopropylacéturéide, que nous avons pu donner sous forme de comprimés, faciles à prendre, actifs aux doses moyennes de 4 à 6 par jour environ, toujours bien toléré, peu ou pas toxique, nous a paru intéressant à expérimenter.

Il a toujours été remarquablement toléré par les estomacs : jamais nous n'avons constaté de troubles des principaux appareils, notamment d'accidents cutanés et nous avons pu noter, dans la plupart des cas, une activité suffisante.

D'autre part ce n'est pas un calmant brutal et rapide ; il agit tout doucement, un peu mieux que la valériane et que le bromure, moins que les barbituriques, mais il amène une sédation parfaite chez les hypernerveux, chez les petits agités, chez les petits insomniaques.

Il semble bien que ce médicament nouveau puisse rendre les plus grands services dans la pratique courante, étant données nos observations chez des malades d'asile, qui résistent plus que ceux de la clientèle habituelle, aux thérapeutiques hypnotiques.

Chez nos malades d'asile nous avons trouvé :

Une proportion de retour du sommeil de	18 sur 25
Se répartissant ainsi :	
Déséquilibre constitutionnel	2 sur 2
Psychose périodique :	
Manie	8 sur 10
Mélancolie.	2 sur 2
Psychose hallucinatoire.	4 sur 5
Confusion mentale simple	0 sur 1
Démence P. G.	1 sur 2
Démence précoce.	2 sur 2

CONCLUSIONS

L'insomnie, symptôme secondaire le plus souvent, passe au premier plan et doit être traité comme un trouble essentiel dans les psychonévroses. Il s'agit, dans ce cas, de toutes les insomnies dites nerveuses, dues au surmenage, à la fatigue irritable, des neurasthéniques, des pithiatiques, des anxieux ou encore du manque de sommeil pur et simple.

Pour combattre ces formes d'insomnie, la valériane et ses dérivés, le bromure et ses dérivés sont souvent insuffisants. Au contraire les opiacés, le chloral ou les barbituriques ont une action souvent trop brutale, trop sidérante, suivie de réveil pénible et de dépression diurne, et il y a l'inconvénient de la toxicomanie ou, tout au moins, de l'accoutumance.

Parmi les hypnotiques, le groupe le plus riche en composés intéressants est le groupe des uréides qui se divise en éthers de l'acide carbamique, en dérivés de l'acide barbiturique et en sels organiques de l'urée; ces sels organiques de l'urée renferment un certain nombre de corps dits hypnotiques doux, dont l'un des plus intéressants est l'allylisopropylacéturéide.

L'allylisopropylacéturéide est de l'urée, dans laquelle un des hypnogènes du groupe aminé a été substitué par le radical allylisopropylacétique; son

poids moléculaire est 184 ; il se présente sous forme d'une poudre blanche, fondant à 194°, peu soluble dans l'eau et peu toxique ; chez le chien, par exemple, la dose toxique est 8 fois plus grande que la dose hypnotique et il ressort des expérimentations physiologiques que ce produit est surtout un sédatif, agissant lentement, sans action sur le système nerveux vaso-moteur.

L'expérimentation clinique a confirmé les données de l'expérimentation physiologique ; donné à la dose de 0,20, 0,30 et 0,40 centigrammes par jour, à des émotifs, à des petits agités, à des insomniaques neurasthéniques, à des surmenés ne pouvant pas retrouver le sommeil, l'allylisopropylacéturéide, facilement absorbé, bien toléré par l'estomac et par les principaux appareils de l'organisme, s'est montré un sédatif et un hypnotique d'action douce et progressive, sans inconvénients.

Il semble donc que l'allylisopropylacéturéide puisse rendre des services dans la pratique journalière, comme sédatif plus actif certes que la valériane et les bromures et aussi comme hypnotique doux, sans l'activité intense et aussi sans les inconvénients du chloral et de la morphine.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Vu :
Le Président de la Thèse,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHANGELSKY. — *Arch. f. exp. Pathol.*, t. XLVI, p. 47.
- BAUMAN. — *Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch.*, XIX, 1886, p. 2806.
- BAUMAN et KAST. — *Zeit. f. phys. Chemie*, XIV, 1889, p. 52.
- BOEHME. — *Arch. f. exper. Path.*, t. LII, p. 346.
- BOMBELON. — *Pharmaz. Zeitung*, 1891, n° 67, p. 622.
- BUSQUET. — Les hypnotiques modernes. — *La Médecine*, Paris, n° 10 bis, août 1924.
- CARLSON. — *The Amer. Journ. of Physiol.*, 1906, t. XVII, p. 7.
- COMBEMALE (P.). — L'insomnie. Son traitement. *Prat. Médicale Française*, Paris, avril 1922, n° 18, p. 801-807.
- COMBEMALE (P.), VULLIEN (R.) et ASSOIGNION (P.). — Du traitement de l'insomnie des états psychopathiques par le diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine. *Echo Médic. du Nord*, Lille, 30 avril 1921, n° 17, p. 169.
- CERVELLO. — *Arch. p. la Scienze Med.*, t. VI, p. 177.
- COURBON (PAUL). — Les nouvelles médications en neuro-psychiatrie. *La Médecine*, Paris, avril 1924, n° 6 bis, p. 14.
- Traitement des hypomaniaques. *La Médecine*, Paris, février 1925, n° 5, p. 392-395.
- DEMOLE. — La cure sédatrice en psychiatrie. *Revue Neurologique*, Paris, décembre 1921, n° 12, p. 1222-1234.
- DUBOIS DE SAUJON. — A propos de l'emploi des hypnotiques chez les « nerveux ». Société de Thérapeutique, séance du 12 mars 1924, et *Bulletin de la Société de Thérap.* Doin, Paris, t. XXIX, n° 4, p. 80-85.

DUQUESNEL. — *Tribune médicale*, 1888, XIX, p. 255.

ESTIVAL. — Thèse de Lyon, 1924.

FISCHER et VON MERING. — *Therapie der Gegenwart*, 1903,
t. XLIV, p. 97.

FRAENKEL. — *Arch. f. exp. Path.*, t. XL, p. 52.

FUCHS. — *Munch. med. Wochensch.*, 1898, p. 1175.

GLEY (E.). — *C. R. Soc. Biol.*, 18 avril 1891.

HAMANT et BÉNECH. — Société de Méd. de Nancy, 22 juin 1921,
et *Rev. Médicale de l'Est*, Nancy, t. XLIX, n° 19, 1^{er} oc-
tobre 1921, p. 596-602.

HUERRE. — Les hypnotiques. *Revue des Spécialités*, Paris, n° 1,
janvier 1924, p. 7.

KINDLER. — Thèse de Montpellier, 1921.

LAIGNEL-LAVASTINE. — La neurologie française en 1924. *La
Médecine*, Paris, n° 5, février 1925, p. 347.

LEIBREICH et LANGGAARD. — *Compendium der Arzneiverordnung*,
p. 231.

LÉVY-VALENSI. — *Revue de Médecine*. Alcan, Paris, mars 1925,
n° 3, p. 227.

LOGRE (J.-B.). — Considérations sur le traitement des insomnies.
Société de Thérap., séance du 8 décembre 1926, et *Bull.
de la Soc. de Thérapeutique*, Doin, Paris, t. XXXI,
n° 10, p. 260-261.

MALLEIN-GÉRIN. — Douleur et insomnie. *Concours Médical*,
Paris, 27 avril 1924, n° 17, p. 1021-1022.

MARIE (A.) et KOHEN (V.). — Le diéthylpropényl-barbiturate
de diéthylamine dans l'insomnie des aliénés. Société de
Thérapeutique, séance du 13 février 1924, et *Bull. de la
Soc. de Thérap.* Doin, Paris, t. XXIX, n° 3, p. 37-51.
— Le traitement de l'insomnie des psychopathes par le
diéthylpropényl-barbiturate de diéthylamine. *Arch.*

internationales de Neurologie, Paris, vol. I, n° 4, avril 1924, p. 121-130.

MARTINET (A.). — *Thérapeutique clinique*. Masson, Paris, t. II.

MERING (VON). — *Med. Ther. Monatsh.*, 1887, p. 249.

MEYER (H.). — *Arch. f. exper. Path. u. Pharmac.*, 1889, XLII, p. 109.

OVERTON (E.). — *Studien über die Narkose*, 1901. G. Fischer, éditeur, Iéna.

PARANT (LOUIS). — Psychoses associées. Société Médico-Psycholog., 30 octobre 1922, et *Ann. Médico-Psychologiques*. Masson, Paris, 1922, n° 4, p. 343-347.

PEYRUS (J.). — La thérapeutique de l'insomnie. *Journal Médical français*. Poinat, Paris, n° 11, t. XV, novembre 1926, p. 453.

POUCHET (G.). — *Bull. général de Thérapeutique*, 1910, CLX, p. 787.

— La médication analgésique et hypnotique. *Progrès Médical*. Rousaud, Paris, n° 25, 21 juin 1924, p. 383-387.

REDONNET (Alday Th.). — Recherches comparatives de l'action pharmacodynamique des dérivés de l'acide barbiturique. *Arch. internat. de pharmacodynamie*, Gand et Paris, 1920, t. XXIV, fasc. 3 et 4.

— Contribucion al estudio de los hipnoticos. *Archivos de medicina. Cirugia y Especialidades*, Madrid, t. X, n° 5, 3 février 1923, p. 49-52 et t. XII, n° 4, 28 juillet 1923, p. 113-120.

— Action narcotique des dérivés de l'acide barbiturique. Société de Biologie espagnole et *C. R. des séances de la Société de biologie*. Masson, Paris, t. XCI, n° 38, 7 octobre 1924, p. 829-830.

RHODE. — *Arch. f. exper. path.*, t. LIV, p. 104.

- RICHET (Ch.) et HANRIOT. — *C. R. Acad. des sciences*, t. CXVII, 1893, p. 736.
- RISER. — *Pratique médicale française*, n° 12, décembre 1925, p. 505-517.
- RITZ. — Note sur les propriétés analgésiques et hypnotiques des barbituriques *Gazette des hôpitaux*. Paris, n° 38, 12 mai 1923, p. 614.
- ROBIN (G.). — Société de psychiatrie, 20 novembre 1924 ; *Presse médicale*. Masson, Paris, n° 97, 3 décembre 1924, p. 967 ; *L'encéphale*, Paris, n° 10, décembre 1924, p. 670.
- ROGER (H.) de Paris. — Société médico-psychologique, 29 déc. 1924 et *Revue de médecine*. Alcan, Paris, n° 3, mars 1925, p. 227.
- ROUX (Ed.). — A propos des hypnotiques. *Sud médical*, Marseille, n° 2014, 15 août 1922, p. 2466.
- SAINT-RAT (DE). — Les uréides hypnotiques. *Pharmacie française*. Paris, août et septembre 1921, p. 200 et 227.
- SCHAEGERES et SAHLI. — *Therap. Monatsh.*, janvier 1909.
- SOMMELET. — Sur quelques médicaments chimiques nouveaux. Hypnotiques. *Bull. des Sciences pharmacologiques*. Vigot, Paris, t. XXX, n° 11, novembre 1923, p. 617.
- STAROBINSKY (A.). — Der schlaf (le sommeil). *Gazette d'hygiène, de médecine et de scienc. Soc. de la Suisse romande*, 1921, n° 4, p. 5-8.
- STEINITZ. — *Therap. d. Gegenw.*, 1908, p. 208.
- VINCHON (Jean). — *Pratique médicale française*. Paris, n° 4 bis, avril 1926 (B), p. 129-142.
- WIKI (B.). — Recherches pharmacodynamiques sur les somnifères. *Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie*. Doin, Paris, vol. XXVII, fasc. I-II, 1922, p. 117-161.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — L'insomnie.....	7
CHAPITRE II. — Traitement de l'insomnie.....	15
CHAPITRE III. — Les uréides.....	27
CHAPITRE IV. — Observations.....	31
CONCLUSIONS.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	47

